

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient
Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat) E-Mail

Tel. (Mobil) Beruf / Tätigkeit

Tel. (Büro) Größe Gewicht

Nächster Angehöriger
Name Vorname Telefonnummer

Ernährungsweise? Mischköstler Ovo-lacto Vegetarier Ovo Vegetarier Lacto Vegetarier Veganer

Sind Sie Schwanger? ja / nein **Trinken Sie Kaffee?** keinen < 3 Tassen/Tag > 3 Tassen/Tag

Trinken Sie Alkohol? keinen selten > 2x / Woche täglich

Rauchen Sie? ja / nein / aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____

Haben Sie Haustiere? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Schnarchen Sie? ja / nein Sind nächtliche Atemaussetzer bekannt? ja / nein

Treiben Sie Sport? ja / nein Wenn ja, welchen und wie oft? _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja / nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____

Neigen Sie zu?

Kopfschmerzen Rückenschmerzen Gelenkschmerzen Bauchschmerzen Erschöpfung

Durchfall Verstopfung Übelkeit Traurigkeit Müdigkeit

Schwindel Atemnot Gedächtnisschwäche

Operationen / Bestrahlung / Chemotherapie? ja / nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Medikamentenunverträglichkeit? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Nahrungsmittelunverträglichkeit? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Ist eine Berufskrankheit bekannt? ja / nein Wenn ja, welche: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | | | |
|--|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Reizdarm |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Chr. Infektionen | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Windpocken |

Sonstige: _____

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- | | | | | |
|--|---|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Demenz / Alzheimer | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Allergien |

Sonstige: _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel ein? ja / nein

Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar; bitte auch Augentropfen, Sprays und Inhalationsmittel angeben):

Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____

- Arzt Familie Bekannte(r) Telefonbuch Zeitung Internet Praxisschild Sonstiges

Wann war Ihre letzte Gesundheits- / Krebsvorsorge? _____

Welche Impfungen erfolgten zuletzt? (z.B. Tetanus, Diphtherie, Polio; wenn möglich bitte mit Jahreszahl)

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? ja / nein

Dürfen wir Sie über neueste medizinische Erkenntnisse informieren? ja / nein

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

.....
Datum

.....
Unterschrift